

Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Información para el paciente: (Por favor imprima)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de seguro social (*opcional*): _____ - _____ - _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Yo Autorizo a **Santa Cruz Valley Regional Hospital** a liberar recibir información a/desde:

Nombre:	
Dirección:	Ciudad, estado, código postal:
Número de teléfono: 1()	Número de Fax: 1()

Registros para ser recogidos por: _____

Registros por fax al proveedor de salud identificada anteriormente:

Expedientes para ser enviados por correo

Información que se publicará:

Por favor informar en mi expediente médico para fechas de servicio De: _____ A: _____

Todos los registros médicos Historia Y Física Laboratorio Consultas

X-radiografías (rayos-X) e Imágenes: Informes Imágenes

Propósito de la liberación es:

Uso Personal Continuar el cuidado Del paciente Compensación de los trabajadores Cobertura de seguro o el pago de cuidado La Oficina del médico de cabecera Oficina del abogado Otros: _____

Autorización paciente: entiendo que mis archivos pueden contener información sobre el diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, abuso de drogas o alcohol, enfermedad mental, prueba genética o tratamiento psiquiátrico. Doy mi autorización para los registros que se lanzará.

EXCLUIR la información siguiente de la publicación de registros: (por favor inicial)

_____ Tratamiento del abuso de alcohol y drogas diagnóstico
 _____ Enfermedades sexual transmitidas o tratamiento diagnóstico
 _____ VIH/SIDA, tratamiento o diagnóstico
 _____ Mental enfermedad o psiquiátrico tratamiento o diagnóstico

Nota: Santa Cruz Valley Regional Hospital y muchas otras organizaciones e individuos como médicos, hospitales y planes de salud deben por ley a mantener la confidencialidad de su información de salud. Si usted ha autorizado la divulgación de su información médica a alguien que legalmente no está obligado a mantenerla confidencial, ya no puede ser protegido por leyes estatales y federales de confidencialidad.

Mis derechos: Entiendo que esta autorización es voluntaria. Tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios no puede estar condicionado a firmar esta autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, con algunas excepciones siempre que hacerlo por escrito y envíe la solicitud a los registros médicos. La revocación llevará a efecto cuando Santa Cruz Valley Regional Hospital recibe, excepto en la medida en que Hospital Regional del Valle de Santa Cruz o a otras personas ya han confiado en él. Para información más detallada sobre cuándo puede y no puede revocar esta autorización, puedo leer las Santa Cruz Valley Regional Hospital aviso de prácticas de privacidad. Entiendo que una vez que la información de salud que he autorizado a revelarse llega al receptor destacado, que persona u organización puede volver a revelarla, momento en el que ya no puede estar protegido bajo las leyes de privacidad. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

Caducidad de la autorización: a menos que lo contrario revocada, esta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____. **Información autorizada sobre esta versión es válida por seis 6 meses (a menos que se especifique lo contrario) después de la fecha de esta autorización es firmada.**

Entiendo las cuestiones examinadas en esta forma. I versión Santa Cruz Valley Hospital, sus empleados, agentes, oficiales, directores y miembros del personal médico de cualquier responsabilidad legal para la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada en el presente.

Puede haber razonable carga de copias de sus registros médicos.

Firma del paciente fecha representante legalmente autorizado

Fecha

Imprima el nombre del representante legalmente autorizado o paciente

Si se firma por un legal representante autorizado; Estado de su relación al paciente y a su autoridad para actuar por el paciente (por favor adjuntar pruebas, si es apropiado)

Si solicitando registros de Hospital Regional del Valle de Santa Cruz por favor enviar por correo, fax o entregan este formulario en persona:

Santa Cruz Valley Regional Hospital
Atención: Departamento de información de salud
44455 S. I-19 Frontage Rd.
Green Valley, AZ 85614
Fax: 1 (520)393-4941



SANTA CRUZ VALLEY
REGIONAL HOSPITAL

For SCVRH use only:

Disclosure Completed by Employee: _____ Date: _____

Requestor ID Verified

Initials: _____

Request entered into EMR